



Medicare y Otros Beneficios de Salud:

Su Guía Sobre

# Quién Paga Primero

CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



## **Este manual oficial del gobierno le informa:**

- Cómo funciona Medicare con otros tipos de cobertura
- Quién debe pagar sus facturas primero
- Dónde obtener más ayuda

La información de este folleto describe el programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Pueden producirse cambios después de la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE para obtener la información más actualizada.

“Medicare y Otros Beneficios de Salud: Su Guía Sobre Quién Paga Primero” no es un documento legal. La guía legal oficial del Programa de Medicare está contenido en los estatutos, las normas y los fallos judiciales relevantes.



# Tabla de Contenido

<b>Sección 1: Cuando tiene otra cobertura médica . . . . .</b>	<b>5</b>
Coordinación de beneficios . . . . .	5
A dónde ir si se tienen preguntas . . . . .	5
Cómo funciona Medicare con otras coberturas: encuentre su situación . . . . .	6
¿Cómo sabrá Medicare que tengo otra cobertura? . . . . .	9
¿Qué pasa si mi cobertura de salud cambia? . . . . .	10
¿Qué pasa si tengo Medicare y más de un tipo de cobertura? . . . . .	10
¿Puedo obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos si ya tengo Medicare? . . . . .	10
<b>Sección 2: Medicare y otros tipos de cobertura médica . . . . .</b>	<b>11</b>
Medicare y Medicaid. . . . .	11
Medicare y cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando . . . . .	11
Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación . . . . .	14
Medicare y Medigap . . . . .	17
Cobertura de Medicare y plan de salud grupal para personas incapacitadas (incapacidad no causada por ESRD). . . . .	18
Medicare y la cobertura de salud grupal para personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) . . . . .	19
Medicare y Servicios de Salud para Indígenas (IHS) . . . . .	19
Medicare y el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault, en inglés) o de Responsabilidad Civil . . . . .	19
Medicare y compensación para trabajadores. . . . .	22
Beneficios de Medicare y Beneficios para Veteranos . . . . .	26
Medicare y TRICARE. . . . .	27
Medicare y el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro . . . . .	28
Medicare y COBRA. . . . .	28



## SECCIÓN

# Cuando tiene otra cobertura médica

# 1

## Coordinación de beneficios

Si tiene Medicare y otra cobertura médica, es posible que tenga preguntas sobre cómo funciona Medicare con su otro seguro y quién paga sus facturas primero. Cada tipo de cobertura se denomina “pagador”. Cuando hay más de un pagador, las reglas de “coordinación de beneficios” deciden quién paga primero. El “pagador primario” paga primero lo que debe en sus facturas, luego usted o su proveedor de atención médica envían el resto al “pagador secundario” (pagador suplementario) para que lo pague. En algunos casos no frecuentes, también puede haber un “tercer pagador”.

El hecho de que Medicare pague primero depende de varios factores, incluidas las situaciones que se enumeran en el cuadro de las siguientes 3 páginas. Sin embargo, este cuadro no cubre todas las situaciones. Asegúrese de informar a su médico y a otros proveedores si tiene cobertura médica además de Medicare. Esto les ayudará a enviar sus facturas al pagador correcto para evitar retrasos.

## A dónde ir si se tienen preguntas

**Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si cambia su cobertura, llame sin cargo al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC, en inglés) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.**

El BCRC es el contratista que actúa en nombre de Medicare para recopilar y administrar información sobre otros tipos de seguro o cobertura que pueda tener una persona con Medicare y determina si la cobertura paga antes o después de Medicare. Este contratista también actúa en nombre de Medicare para obtener el reembolso cuando Medicare realiza un pago condicional y se determina que otro pagador es el principal.

Cuando llame a la BCRC, tenga a mano su número de Medicare; puede encontrarlo en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. El BCRC también puede solicitar información como su Número de Seguro Social (SSN), su dirección, la fecha en que fue elegible por primera vez para Medicare y si tiene Medicare Parte A (Seguro de hospital) y/o Parte B de Medicare (Seguro médico).

## **Cómo funciona Medicare con otras coberturas: encuentre su situación**

Encuentre su situación en las páginas 6 a 8 para ver qué pagador generalmente paga primero por los artículos y servicios cubiertos por Medicare, y qué página debe visitar para obtener más detalles. También puede obtener esta información visitando Medicare.gov.

### **Tengo Medicaid (página 11)**

Medicare paga primero y Medicaid paga segundo.

### **Tengo 65 años o más y tengo la cobertura del Plan de salud grupal basada en mi propia situación laboral actual o la situación laboral actual de mi cónyuge (páginas 11 a 13).**

- Si el empleador tiene 20 o más empleados, entonces el Plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.
- Si el empleador tiene menos de 20 empleados y no forma parte de un Plan a través de varios empleadores o de un Plan de empleadores múltiples (consulte la página 18), Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar. Consulte la página 13.

### **Estoy en un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o en un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) a través de mi empleador y obtengo servicios fuera de la red del plan del empleador (página 16)**

Es posible que ni el plan ni Medicare paguen si recibe atención fuera de la red del plan de su empleador. Antes de salir de la red, llame a su plan de salud grupal para averiguar si cubrirá el servicio.

### **Tengo 65 años o más, estoy jubilado y tengo cobertura de plan de salud grupal del empleador actual de mi cónyuge (página 16)**

Si el empleador de su cónyuge tiene 20 o más empleados, el plan de su cónyuge paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

### **Soy menor de 65 años, incapacitado, jubilado y tengo cobertura del plan de salud grupal de mi antiguo empleador (página 16)**

Medicare paga primero y la cobertura de su plan de salud grupal (jubilado) paga en segundo lugar.

### **Soy menor de 65 años, incapacitado, jubilado y tengo cobertura del plan de salud grupal basada en el empleador actual de mi familiar (página 18)**

- Si el empleador tiene 100 empleados o más, entonces el plan de salud grupal grande paga primero y Medicare paga en segundo lugar. Consulte la página 13.

## Cómo funciona Medicare con otras coberturas: encuentre su situación (continuación)

### **Soy menor de 65 años, incapacitado, jubilado y tengo cobertura del plan de salud grupal basada en el empleador actual de mi familiar (página 18) (continuación)**

- Si el empleador tiene menos de 100 empleados y no es parte de un Plan a través de varios empleadores o de un Plan de salud grupal de empleadores múltiples (consulte la página 18), entonces Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar. Si el empleador es parte de un Plan a través de varios empleadores o de un Plan de salud grupal de empleadores múltiples, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

### **Tengo Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) y cobertura de plan de salud grupal (incluido un plan de jubilación) (página 19)**

Cuando es elegible o tiene derecho a Medicare debido a ESRD, durante un período de coordinación de hasta 30 meses, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga segundo. Después del período de coordinación, Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar. Si originalmente obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad que no sea ESRD y su plan de salud grupal era su pagador principal, entonces aún paga primero cuando se vuelve elegible debido a ESRD.

### **Tengo cobertura de plan de salud grupal, primero obtuve Medicare debido a que cumplí 65 años o debido a una incapacidad (que no sea ESRD) y ahora tengo ESRD. ¿Quién paga primero? (Página 19)**

Cualquiera que sea la cobertura que se pague primero debido a su edad o una incapacidad que no sea ESRD, aún paga primero cuando se vuelve elegible para Medicare debido a una ESRD:

- Si originalmente obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad (que no sea ESRD) y Medicare pagó primero, entonces Medicare seguirá pagando primero incluso cuando usted sea elegible para Medicare debido a ESRD.
- Si originalmente obtuvo Medicare debido a su edad o una incapacidad (que no sea ESRD) y su plan de salud grupal pagó primero, entonces seguirá pagando primero cuando sea elegible debido a ESRD.

### **Tengo Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés) y cobertura COBRA (página 29))**

Cuando es elegible o tiene derecho a Medicare debido a ESRD, durante un período de coordinación de hasta 30 meses, COBRA paga primero. Medicare paga en segundo lugar, en la medida en que la cobertura COBRA se superponga a los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare según la ESRD.

## Cómo funciona Medicare con otras coberturas: encuentre su situación (continuación)

### Recibo Servicios de Salud para Indígenas o un proveedor de IHS (página 19)

- Si tiene cobertura de plan de salud grupal a través de un empleador que tiene 20 empleados o más, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.
- Si tiene cobertura de plan de salud grupal a través de un empleador que tiene menos de 20 empleados, Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar.
- Si tiene un plan de salud grupal a través del auto-seguro tribal, Medicare paga primero y el plan de salud grupal paga en segundo lugar.

### He tenido un accidente en el que está involucrado un seguro de Responsabilidad Pública (no-fault, en inglés) o un seguro de Responsabilidad Civil (páginas 19–21)

El seguro de Responsabilidad Pública (no-fault) o el seguro de Responsabilidad Civil paga primero y Medicare paga en segundo lugar los servicios relacionados con el accidente o la lesión.

### Estoy cubierto por la compensación para trabajadores debido a una enfermedad o lesión relacionada con el empleo (páginas 22 a 25)

La compensación para trabajadores paga primero por los servicios o artículos relacionados con el reclamo de compensación para trabajadores. Medicare puede establecer un pago condicional (un pago que debe reembolsarse a Medicare cuando se realiza un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago).

### Soy veterano y tengo beneficios para veteranos (página 26)

Generalmente, Medicare y VA no pueden pagar el mismo servicio o artículos. Medicare paga los servicios o artículos cubiertos por Medicare. El Departamento de Asuntos para Veteranos (VA) paga los servicios o artículos autorizados por VA.

### Estoy cubierto por TRICARE (página 27)

- Para los militares en servicio activo inscritos en Medicare, TRICARE paga primero por los servicios o artículos cubiertos por Medicare y Medicare paga en segundo lugar.
- Para militares en servicio inactivo inscritos en Medicare, Medicare paga primero y TRICARE **puede** pagar en segundo lugar.
- TRICARE paga primero por los servicios o artículos de un hospital militar o cualquier otro proveedor federal.
- Para los militares en servicio activo inscritos en Medicare, TRICARE paga primero por los servicios o artículos cubiertos por Medicare y Medicare paga en segundo lugar.
- Para militares en servicio inactivo inscritos en Medicare, Medicare paga primero y TRICARE **puede** pagar en segundo lugar.
- TRICARE paga primero por los servicios o artículos de un hospital militar o cualquier otro proveedor federal.

## Cómo funciona Medicare con otras coberturas: encuentre su situación (continuación)

### Tengo la enfermedad del pulmón negro y estoy cubierto por el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro (página 28)

El Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro paga los servicios relacionados con el pulmón negro. Medicare paga primero por todos los demás servicios de salud **no** relacionados con la enfermedad del pulmón negro.

### Tengo continuidad de la cobertura de COBRA (página 29)

- Si tiene Medicare porque tiene 65 años o más o porque tiene una incapacidad que no sea la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD, en inglés), Medicare paga primero.
- Si tiene Medicare basado en ESRD, COBRA paga primero. Medicare paga en segundo lugar en la medida en que la cobertura COBRA se superponga a los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho de Medicare según la ESRD.

## ¿Cómo sabrá Medicare que tengo otra cobertura?

Medicare no sabe automáticamente si tiene otra cobertura. Sin embargo, las aseguradoras deben informar a Medicare cuando son responsables de pagar primero sus reclamos médicos. Un reclamo es una solicitud de pago que envía a Medicare u otro seguro médico cuando obtiene artículos y servicios que cree que están cubiertos. En algunos casos, su proveedor de atención médica, su empleador o su aseguradora pueden hacerle preguntas sobre su cobertura actual para que puedan informar esa información a Medicare.

También puede reportar su información de cobertura llamando sin cargo al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC, en inglés) al 1-855-798-2627. Los usuarios de [TTY](#) pueden llamar al 1-855-797-2627.

**Ejemplo:** Harry cumplió recientemente 65 años y es elegible para inscribirse en Medicare. Trabaja para una empresa con 20 o más empleados y tiene cobertura a través del plan de salud grupal de su empleador. Dado que Harry todavía está trabajando, la aseguradora reportará la información del seguro del plan de salud grupal de Harry a Medicare para que Medicare sepa pagar las reclamaciones de Harry en segundo lugar.

## ¿Qué pasa si mi cobertura de salud cambia?

Las aseguradoras deben informar estos cambios a Medicare, pero los cambios pueden tardar algún tiempo en publicarse en los registros de Medicare.

Si eso sucede, llame gratis al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC, en inglés) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627. Usted tendrá que dar esta información:

- Su nombre
- El nombre y la dirección de su plan de salud
- Su número de póliza
- La fecha en que se agregó, modificó o interrumpió la cobertura y por qué

Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica sobre los cambios en su cobertura cuando reciba cuidados. Además, comuníquese con su plan de salud para asegurarse de que informaron estos cambios a Medicare. Medicare usa sus respuestas para ayudar a mantener su archivo correcto para que sus reclamos se paguen correctamente.

## ¿Qué pasa si tengo Medicare y más de un tipo de cobertura?

Consulte su póliza de seguros; es posible que pueda incluir las reglas referentes sobre quién paga primero. También puede llamar al BCRC.

## ¿Puedo obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos si ya tengo Medicare?

Generalmente no. Es contra la ley que alguien que sabe que usted tiene Medicare le venda o emita una póliza del Mercado. Esto es cierto incluso si sólo tiene Medicare Parte A o sólo la Parte B. Por lo tanto, si ya tiene Medicare, no debería coordinar los beneficios entre Medicare y un plan del Mercado.

Por otro lado, si aún no tiene Medicare pero tiene cobertura a través del Mercado, puede optar por mantener su plan del Mercado después de que comience su cobertura de Medicare. Pero una vez que comience su cobertura de la Parte A de Medicare y haya estado obteniendo créditos fiscales para las primas u otros ahorros en un plan del Mercado, estos ahorros terminarán. Si mantiene su plan del Mercado, tendrá que pagar el precio completo. Por esta razón, en la mayoría de los casos, querrá finalizar su cobertura del Mercado una vez que sea elegible para Medicare. Si envejece en Medicare y decide mantener su plan del Mercado, Medicare paga primero.

## SECCIÓN

# 2 Medicare y otros tipos de cobertura médica

Las situaciones en las páginas 6–8 pueden ayudarlo a encontrar su(s) tipo(s) de cobertura y situación para ver qué pagador paga primero.

Esta sección proporciona información detallada sobre cómo funciona Medicare con su otra cobertura médica.

## Medicare y Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de determinadas personas y familias que tienen ingresos y recursos limitados y cumplen con otros requisitos. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. **Medicaid nunca paga primero por los servicios cubiertos por Medicare.** Sólo paga después de que Medicare ha pagado. En casos excepcionales donde hay otra cobertura, Medicaid paga después de que la otra cobertura ha pagado.

## Medicare y la cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando

Muchos empleadores, organizaciones de empleados y sindicatos ofrecen cobertura de planes de salud grupales a empleados actuales o jubilados. En general, un plan de salud grupal brinda cobertura médica a los empleados y sus familias. Si tiene cobertura del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB en inglés), su cobertura funciona igual que para todos los planes de salud grupales. También puede obtener cobertura de plan de salud grupal a través del empleador de un cónyuge o familiar.

Si tiene Medicare y se le ofrece cobertura bajo un plan de salud grupal, puede optar por aceptar o rechazar el plan. El plan de salud grupal puede ser un plan de pago por servicio o un plan de cuidado administrado, como un HMO o PPO.

## Medicare y la cobertura de plan de salud grupal cuando todavía está trabajando (continuación)

**Tengo 65 años o más y tengo cobertura de plan de salud grupal basada en mi propia situación laboral actual o la situación laboral actual de mi cónyuge y el empleador tiene 20 empleados o más.**

Si su empleador o el de su cónyuge tiene 20 empleados o más, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Generalmente, su plan de salud grupal paga primero si **ambos** son ciertos:

1. Tiene 65 años o más y está cubierto por un plan de salud grupal a través de su empleador **actual** o el empleador **actual** de un cónyuge de cualquier edad.

**Nota:** Para esta situación, “cónyuge” incluye matrimonios del mismo sexo y del sexo opuesto en los que 1) tiene derecho a Medicare como cónyuge según las reglas del Seguro Social; y 2) el matrimonio se celebró legalmente en una jurisdicción de EE. UU. que reconoce el matrimonio, incluido uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia o un territorio de EE. UU. o un país extranjero, siempre que ese matrimonio también sea reconocido por una jurisdicción estadounidense.

Un empleador, asegurador, administrador externo, plan de salud grupal u otro patrocinador del plan puede optar por tener una definición de cónyuge más inclusiva que la descrita anteriormente. En estas circunstancias, el plan **puede** pagar, pero no está obligado a pagar, primero por alguien a quien considera cónyuge según su definición. Comuníquese con su empleador o aseguradora si tiene alguna pregunta sobre su definición de “cónyuge” y cómo se pagarán las reclamaciones.

2. El empleador tiene 20 empleados o más y cubre cualquiera de los mismos servicios que Medicare (esto significa que el plan de salud grupal paga primero las facturas médicas y del hospital).

Si el plan de salud grupal no pagó toda su factura, el médico o proveedor de atención médica debe enviar la factura a Medicare para el pago secundario. Medicare puede pagar lo que pagó el plan de salud grupal, lo que permitió el plan de salud grupal y lo que el médico o proveedor de atención médica cobró en el reclamo. Es posible que deba pagar cualquier costo que Medicare o el plan de salud grupal no cubra.

Los empleadores con 20 o más empleados deben ofrecer a los empleados actuales de 65 años o más los mismos beneficios de salud en las mismas condiciones que ofrecen a los empleados menores de 65 años. Si el empleador ofrece cobertura a los cónyuges, debe ofrecer la misma cobertura a los cónyuges de 65 años o más ofertas a los cónyuges menores de 65 años.

## Medicare y la cobertura de plan de salud grupal (continuación)

**Tengo 65 años o más y tengo una cobertura de plan de salud grupal basada en mi propia situación laboral actual o la situación laboral actual de mi cónyuge y el empleador tiene menos de 20 empleados.**

Medicare paga primero. Medicare puede pagar en segundo lugar si se aplican ambos:

- Su empleador, que tiene menos de 20 empleados, se une a otros empleadores u organizaciones de empleados (como sindicatos) para patrocinar un plan de salud grupal (llamado plan de empleadores múltiples), y
- Al menos uno o más de los otros empleadores tiene 20 o más empleados.

Sin embargo, su plan puede solicitar una “excepción” y solicitar no ser parte de un plan de salud grupal de empleadores múltiples. Primero consulte con su plan y pregunte si pagará primero o segundo por sus reclamos.

**Estoy en un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o en un Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO) del empleador que paga primero. ¿Quién paga si obtengo servicios fuera de la red del plan del empleador?**

Si recibe atención fuera de la red del plan de su empleador, es posible que ni el plan ni Medicare paguen. Llame a su plan de salud grupal antes de salir de la red para averiguar si el servicio estará cubierto.

## Medicare y la cobertura de plan de salud grupal (continuación)

### **Si no acepto la cobertura de mi empleador, ¿cómo afectará esto lo que pagará Medicare?**

Medicare paga su parte por cualquier servicio de atención médica cubierto por Medicare que reciba, incluso si no recibe la cobertura del plan de salud grupal de su empleador y no tiene cobertura a través de un cónyuge empleado.

### **¿Qué sucede si cancelo la cobertura de mi empleador?**

Si tiene 65 años o más, Medicare paga primero a menos que tenga cobertura a través de un cónyuge empleado y el empleador de su cónyuge tenga al menos 20 empleados.

**Nota:** Si no acepta la cobertura del empleador cuando se le ofreció por primera vez, es posible que no tenga otra oportunidad de inscribirse. Si toma la cobertura pero la cancela más tarde, es posible que no pueda recuperarla. Además, es posible que se le niegue la cobertura si su empleador o el empleador de su cónyuge generalmente ofrece cobertura para jubilados, pero usted no estaba en el plan mientras usted o su cónyuge todavía estaban trabajando. Llame al administrador de beneficios de su empleador para obtener más información antes de tomar una decisión.

## Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación

### **¿Cómo funciona la cobertura de mi plan de salud grupal después de mi jubilación?**

Depende de los términos de su plan específico. Es posible que su empleador o sindicato o el empleador o sindicato de su cónyuge no ofrezcan ninguna cobertura médica después de su jubilación. Si puede obtener una cobertura de plan de salud grupal después de su jubilación, es posible que tenga reglas diferentes y que no funcione de la misma manera con Medicare.

### **¿Puedo continuar con la cobertura de mi empleador después de jubilarme?**

Cuando tiene cobertura de jubilado de un empleador o sindicato, éste administra esta cobertura. Los empleadores no están obligados a brindar cobertura a los jubilados y pueden cambiar los beneficios o las primas o incluso cancelar la cobertura (una prima es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de salud o medicamentos recetados).

## Medicare y la cobertura del plan de salud grupal después de su jubilación (continuación)

### **¿Cuáles son los precios y los beneficios de la cobertura para jubilados? ¿Incluye cobertura para mi cónyuge?**

Su empleador o sindicato puede ofrecer una cobertura para jubilados que limite cuánto pagará. Es posible que sólo brinde cobertura de “exceso de pérdidas”, que comienza a pagar sus costos de su bolsillo sólo cuando alcanza una cierta cantidad máxima de cobertura.

### **¿Qué sucede con mi cobertura de jubilado cuando soy elegible para Medicare?**

Si su antiguo empleador ofrece cobertura para jubilados, es posible que la cobertura no pague sus costos médicos durante cualquier período en el que fue elegible para Medicare pero no se inscribió en él. Cuando sea elegible para Medicare, deberá unirse tanto a la Parte A de Medicare (Seguro de Hospital) como a la Parte B de Medicare (Seguro Médico) para obtener todos los beneficios de su cobertura de jubilado.

### **¿Qué efecto tendrá la continuación de mi cobertura como jubilado tanto en mi cobertura médica como en la cobertura médica de mi cónyuge?**

Si no está seguro de cómo funciona su cobertura para jubilados con Medicare, obtenga una copia de los materiales de beneficios de su plan o consulte la descripción resumida del plan proporcionada por su empleador o sindicato. También puede llamar al administrador de beneficios de su empleador y preguntar cómo paga el plan cuando tiene Medicare.

### **¿Cómo se compara la cobertura para jubilados con una póliza Medigap?**

Medigap es un seguro opcional vendido por compañías de seguros privadas para cubrir la “falta de cobertura” en la cobertura de Medicare Original. Dado que Medicare paga primero después de su jubilación, es probable que su cobertura de jubilado sea similar a la cobertura de una póliza Medigap. A veces, la cobertura para jubilados incluye beneficios adicionales, como la cobertura de días adicionales en el hospital.

La cobertura para jubilados no es lo mismo que una póliza Medigap pero, al igual que una póliza Medigap, generalmente ofrece beneficios que cubren algunos de las brechas de cobertura de Medicare, como coseguro y deducibles. (El coseguro es la cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo de los servicios, después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%). Un deducible es la cantidad que usted debe pagar por atención médica o recetas, antes de que Medicare Original, su plan de medicamentos recetados o su otro seguro comience a pagar).

**Tengo 65 años o más, estoy jubilado y tengo cobertura de plan de salud grupal del empleador actual de mi cónyuge.**

El plan de su cónyuge paga primero y Medicare paga en segundo lugar cuando se aplica todo lo siguiente:

- Está jubilado, pero su cónyuge aún trabaja y
- Está cubierto por la cobertura del plan de salud grupal de su cónyuge y
- El empleador de su cónyuge debe tener 20 o más empleados, a menos que el empleador tenga menos de 20 empleados, pero sea parte de un plan de múltiples empleadores o un plan de múltiples empleadores.

Si el plan de salud grupal no pagó toda su factura, el médico o proveedor de atención médica debe enviar la factura a Medicare para el pago secundario. Medicare puede pagar según lo que pagó el plan de salud grupal, lo que permitió el plan de salud grupal y lo que el médico o proveedor de atención médica cobró en el reclamo. Es posible que deba pagar cualquier costo que Medicare o el plan de salud grupal no cubra.

**Soy menor de 65 años, estoy incapacitado, jubilado y tengo cobertura de plan de salud grupal de mi antiguo empleador.**

Si obtiene cobertura de plan de salud grupal a través de su propio empleador anterior y no está empleado actualmente:

- Medicare paga primero sus facturas de atención médica.
- La cobertura de su plan de salud grupal (jubilado) paga en segundo lugar.

**Soy menor de 65 años, estoy incapacitado, jubilado y tengo cobertura de plan de salud grupal del empleador actual de mi familiar.**

El plan de su cónyuge paga primero y Medicare paga en segundo lugar si se aplican todos los siguientes:

- Se jubila pero su cónyuge aún trabaja y
- Está cubierto por la cobertura del plan de salud grupal de su cónyuge y
- El empleador de su cónyuge tiene 100 empleados o más o el empleador emplea a menos de 100 empleados pero es parte de un plan de empleadores múltiples o un plan de empleadores múltiples (consulte la página 18).

## Medicare y Medigap

### Si elijo comprar una póliza Medigap, ¿cuándo debería comprarla?

El mejor momento es durante su Período de Inscripción Abierta de Medigap de 6 meses, porque puede comprar cualquier póliza Medigap que se venda en su estado, incluso si tiene problemas de salud. Este período comienza automáticamente el mes en que cumple 65 años y está inscrito en la Parte B, y una vez que termina, no puede volver a obtenerlo.

**Recuerde:** usted y su cónyuge tendrían que comprar su propia póliza Medigap, y sólo puede comprar una póliza cuando sea elegible para Medicare.

Para obtener más información sobre las pólizas de Medigap, visite [Medicare.gov/publications](https://www.medicare.gov/publications) para ver el folleto “Cómo elegir una póliza de Medigap: una guía de seguro médico para personas con Medicare”. Para encontrar y comparar las pólizas de Medigap, visite [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Es posible que desee hablar con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener asesoramiento sobre si debe comprar una póliza Medigap. Los SHIP brindan asesoría y asistencia personalizada, en detalle, imparcial y gratuita sobre seguros médicos a las personas con Medicare, sus familias y los cuidadores. Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE.

### ¿Qué sucede si tengo cobertura de plan de salud grupal después de jubilarme y mi empleador anterior quiebra o cierra el negocio?

Si su antiguo empleador quiebra o cierra, las reglas federales de COBRA pueden protegerlo si cualquier otra compañía dentro de la misma organización corporativa todavía ofrece un plan de salud grupal a sus empleados. Ese plan es necesario para ofrecerle la continuación de la cobertura COBRA. Consulte las páginas 26–27. Si no puede obtener la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga derecho a comprar una póliza Medigap incluso si ya no se encuentra en su Período de Inscripción Abierta de Medigap.

## Cobertura de Medicare y plan de salud grupal para personas incapacitadas (incapacidad no causada por ESRD)

**Soy menor de 65 años y estoy incapacitado. Tengo una cobertura de plan de salud grupal grande basada en mi propia situación laboral actual o la situación laboral actual de un miembro de la familia. ¿Quién paga primero?**

Cuando un empleador tiene 100 empleados o más, el plan de salud que ofrece se denomina plan de salud grupal grande. Si está cubierto por un plan de salud de grupo grande debido a su situación laboral actual o la situación laboral actual de un miembro de la familia (como un cónyuge, pareja de hecho, padre, hijo, hija o nieto), el plan de salud paga primero y Medicare paga en segundo lugar. Un plan de salud de grupo grande no puede tratar a ningún miembro del plan de manera diferente porque está incapacitado y tiene Medicare.

A veces, los empleadores con menos de 100 empleados se unen a otros empleadores para formar un plan de empleadores múltiples o un plan grupal de empleadores. Si al menos un empleador en el plan de múltiples empleadores o el plan grupal de empleadores tiene 100 empleados o más, la cobertura de su plan grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar.

Si el empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare paga primero. Sin embargo, Medicare puede pagar en segundo lugar si se aplican las dos condiciones siguientes:

- Su empleador, que tiene menos de 100 empleados, se une a otros empleadores u organizaciones de empleados (como sindicatos) para patrocinar un plan de salud grupal (llamado plan de múltiples empleadores), y
- Al menos uno o más de los otros empleadores tienen 100 o más empleados.

Sin embargo, su plan puede solicitar una “excepción” y solicitar no ser parte de un plan de salud grupal de empleadores múltiples. Primero consulte con su plan y pregunte si pagará primero o segundo por sus reclamos.

**Ejemplo:** Mary trabaja a tiempo completo para una empresa que tiene 120 empleados. Tiene una gran cobertura de plan de salud grupal grande para ella y su esposo. Su esposo tiene Medicare debido a una incapacidad, por lo que la cobertura del plan de salud grupal de Mary paga primero por el esposo de Mary y Medicare paga en segundo lugar.

## Medicare y la cobertura de salud grupal para personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD)

### Tengo Medicare debido a la ESRD y la cobertura de un plan de salud grupal (incluido un plan de jubilación). ¿Quién paga primero?

Cuando es elegible para Medicare debido a una Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD), insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón, el plan de salud grupal paga primero y Medicare paga en segundo lugar las facturas médicas y del hospital durante un período de coordinación de hasta a 30 meses, independientemente de cuántos empleados tenga el empleador o de si está actualmente empleado o jubilado. Esto también es cierto en situaciones de doble derecho, como si anteriormente tenía derecho a Medicare por motivos de edad o incapacidad y Medicare no era el primer pagador por usted, y ahora es elegible o tiene derecho a Medicare en función de ESRD.

Si es elegible para Medicare sólo debido a ESRD, el período de coordinación comienza cuando se vuelve elegible para Medicare. Medicare paga en segundo lugar durante este período, incluso si el plan de su empleador dice que su política es pagar en segundo lugar después de Medicare o rechaza o limita sus pagos a las personas con Medicare. Durante el período de coordinación de 30 meses, a su plan se le facturan primero los servicios que recibe como persona con Medicare debido a ESRD.

Cuando se encuentra dentro del período de coordinación de 30 meses, si su plan no paga por los servicios cubiertos en su totalidad, Medicare puede pagar en segundo lugar por todos los artículos y servicios cubiertos por Medicare, no sólo por el tratamiento de la ESRD.

## Medicare y Servicios de Salud para Indígenas (IHS)

Medicare paga primero sus facturas de atención médica, antes de IHS. Sin embargo, si tiene un plan de salud grupal a través de un empleador y el empleador tiene 20 o más empleados, generalmente el plan paga primero y Medicare paga en segundo lugar. Si su empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare generalmente paga primero y el plan paga en segundo lugar. Si tiene un plan de salud grupal a través del auto-seguro tribal, Medicare generalmente paga primero y el plan paga en segundo lugar.

## Medicare y el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault, en inglés) o de Responsabilidad Civil

### ¿Qué es un Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés)?

El Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) puede pagar los servicios de atención médica que recibe porque se lesiona o su propiedad se daña en un accidente, independientemente de quién tenga la culpa de causar el accidente. Algunos tipos de seguro de Responsabilidad Pública incluyen:

- De Automóvil
- Propietarios de vivienda
- Planes de seguros comerciales

## Medicare y el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault, en inglés) o de Responsabilidad Civil (continuación)

### ¿Qué es el Seguro de Responsabilidad Civil?

El Seguro de Responsabilidad Civil (incluido el autoseguro) protege a las personas que tienen cobertura de Seguro de Responsabilidad Civil contra reclamaciones por negligencia u otros tipos de posibles irregularidades, por ejemplo, acción inapropiada o inacción que provoca que alguien se lesione o cause daños a la propiedad.

Algunos tipos de Seguro de Responsabilidad Civil incluyen:

- Propietarios de vivienda
- De Automóvil
- De Productos
- De negligencia profesional
- De Conductor sin seguro
- De Conductor con seguro insuficiente

Si tiene un reclamo de seguro por sus gastos médicos, usted o su abogado deben notificar a Medicare lo antes posible.

### ¿Quién paga primero si tengo un reclamo por Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) o Seguro de Responsabilidad Civil?

Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) o Seguro de Responsabilidad Civil paga primero y Medicare paga en segundo lugar los servicios relacionados con el accidente o la lesión.

Si a los médicos u otros proveedores se les informa que tiene un reclamo de Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) o Seguro de Responsabilidad Civil, deben intentar que la compañía de seguros les pague antes de facturar a Medicare. Sin embargo, esto puede llevar mucho tiempo. Si la compañía de seguros no paga el reclamo de inmediato (generalmente dentro de los 120 días), su médico u otro proveedor pueden facturar a Medicare. Medicare puede hacer un pago condicional para pagar la factura y luego recuperará el pago después de que se haya realizado un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago sobre la reclamación.

**Example:** Nancy tiene 69 años. Ella es una pasajera en el auto de su nieta y tienen un accidente. La nieta de Nancy tiene cobertura de Protección contra lesiones personales/ Pagos médicos (Med Pay) como parte de su seguro de automóvil. Mientras está en la sala de emergencias del hospital, se le pregunta a Nancy sobre la cobertura disponible relacionada con el accidente. Nancy le dice al hospital que su nieta tiene cobertura Med Pay. Debido a que esta cobertura paga independientemente de la culpa, se considera Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés). El hospital factura al Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) por los servicios de la sala de emergencias y solamente factura a Medicare si el Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) no paga alguno de los servicios cubiertos por Medicare.

## Medicare y el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault, en inglés) o de Responsabilidad Civil (continuación)

### ¿Quién paga si el Seguro de Responsabilidad Civil niega mi factura médica o se determina que no es responsable del pago?

En determinadas circunstancias, Medicare hará pagos condicionales cuando una aseguradora de Responsabilidad Pública o una aseguradora de Responsabilidad Civil no pague. Si también tiene una cobertura de plan de salud grupal que paga primero, el plan de salud grupal debe facturarse antes que Medicare, ya sea que el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault) o el Seguro de Responsabilidad Civil pague o rechace la reclamación. Usted sigue siendo responsable de su parte de la factura, como el coseguro, el copago o un deducible, y por los servicios que Medicare no cubre. Un copago es una cantidad que se le puede exigir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Por lo general, es una cantidad fija, en vez un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

### ¿Qué es un pago condicional?

Un pago condicional es un pago que Medicare realiza por servicios de los que otro pagador puede ser responsable. Medicare realiza este pago condicional para que no tenga que usar su propio dinero para pagar la factura. El pago es “condicional” porque debe reembolsarse a Medicare si obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago más adelante.

**Nota:** Usted es responsable de asegurarse de que Medicare reciba el reembolso del acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago.

**Ejemplo:** Joan está conduciendo su automóvil cuando alguien en otro automóvil la golpea. Joan tiene que ir al hospital. El hospital intenta facturar a la compañía de seguros del otro conductor. La compañía de seguros disputa quién tuvo la culpa y no pagará el reclamo de inmediato. El hospital factura a Medicare y Medicare hace un pago condicional al hospital por los servicios de atención médica que recibió Joan. Cuando se llega a un acuerdo con la compañía de seguros del otro conductor, Joan debe asegurarse de que se le reembolse a Medicare el pago condicional.

**Ejemplo:** Bob tiene un infarto. Medicare paga la atención médica de Bob para su ataque cardíaco y su recuperación. Bob se entera más tarde de que un medicamento recetado que toma puede haberle provocado un ataque cardíaco. Es parte de una demanda colectiva contra la compañía que fabrica el medicamento y obtiene un acuerdo. Bob debe asegurarse de que se le reembolse a Medicare los pagos condicionales que hizo por él y que se relacionaron con su acuerdo.

## Medicare y el Seguro de Responsabilidad Pública (no-fault, en inglés) o de Responsabilidad Civil (continuación)

### ¿Cómo se reembolsa a Medicare el pago condicional?

Si presenta un reclamo de Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) o Seguro de Responsabilidad Civil, usted o su representante deben llamar al Contratista de Coordinación de Beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) sin cargo al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627. El BCRC establecerá y trabajará en su caso de recuperación, utilizando información suya o de su representante.

El BCRC recopilará información sobre los pagos condicionales que hizo Medicare en relación con su Seguro de Responsabilidad Pública (No-fault, en inglés) o reclamo de responsabilidad. Si obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago, usted o su representante deben llamar al BCRC. El BCRC determinará la cantidad de reembolso final (si corresponde) en su caso de recuperación y le enviará una carta solicitando el reembolso.

### ¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas sobre un reclamo de Seguro de Culpabilidad o de Responsabilidad Legal, llame a la compañía de seguros. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame al BCRC.

## Medicare y compensación para trabajadores

La compensación a trabajadores es una ley o plan que requiere que los empleadores cubran a los empleados que se enferman o lesionan en el trabajo. Los planes de compensación para trabajadores cubren a la mayoría de los empleados. Hable con su empleador o comuníquese con la división o el departamento de compensación para trabajadores de su estado para averiguar si está cubierto.

### Si cree que tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, dígaselo a su empleador y presente una reclamación de compensación para trabajadores.

Usted o su abogado también deben llamar gratis al Contratista de Coordinación de beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) al 1-855-798-2627 tan pronto como presente su reclamo de compensación para trabajadores. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

### Tengo Medicare y presenté un reclamo de compensación a trabajadores. ¿Quién paga primero?

Si tiene Medicare y se lesiona en el trabajo, la compensación para trabajadores paga primero los artículos o servicios de atención médica que recibió debido a su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Puede haber una demora entre el momento en que se presenta una factura por la enfermedad o lesión relacionada con el trabajo y el momento en que el seguro estatal de compensación para trabajadores decide si deben pagar la factura. Medicare no puede pagar los artículos o servicios que la compensación para trabajadores pagará de inmediato (generalmente dentro de los 120 días).

## Medicare y compensación para trabajadores (continuación)

Medicare puede realizar un pago condicional si la compañía de seguros de compensación para trabajadores niega el pago de sus facturas médicas en espera de una revisión de su reclamo (generalmente 120 días o más).

**Nota:** Esta no es la misma situación que cuando se ha resuelto su caso de compensación para trabajadores y está utilizando fondos de su Acuerdo de reserva de Medicare de compensación para trabajadores (WCMSA) para pagar su atención médica. Consulte las siguientes 2 páginas para obtener más información sobre WCMSA.

**Ejemplo:** Tom se lesionó en el trabajo. Presentó un reclamo de compensación para trabajadores. Su médico facturó a la agencia estatal de compensación para trabajadores por el pago, pero ella no recibió el pago dentro de los 120 días, por lo que facturó a Medicare, solicitando un pago condicional. Medicare hizo un pago condicional al médico de Tom por los servicios de atención médica que recibió Tom. Si Tomás obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago de la agencia estatal de compensación para trabajadores, Tom debe asegurarse de que se le reembolse a Medicare el pago condicional que Medicare le hizo a su médico.

### ¿Qué pasa si la compensación para trabajadores niega el pago?

Si el seguro de compensación para trabajadores niega el pago y usted le da a Medicare prueba de que el reclamo fue rechazado, Medicare pagará los artículos y servicios cubiertos por Medicare según corresponda.

**Ejemplo:** Mike se lesionó en el trabajo. Presentó un reclamo de compensación para trabajadores. La agencia de compensación para trabajadores negó el pago de las facturas médicas de Mike. El médico de Mike facturó a Medicare y envió a Medicare una copia de la denegación de la compensación para trabajadores con el reclamo del pago de Medicare. Medicare pagará al médico de Mike por los artículos y servicios cubiertos por Medicare que Mike recibió como parte de su tratamiento. Mike debe pagar todo lo que Medicare no cubra.

### ¿Puede la compensación para trabajadores decidir no pagar toda mi factura?

En algunos casos, es posible que el seguro de compensación para trabajadores no pague la factura completa. Si tuvo una lesión o enfermedad antes de comenzar su trabajo (llamada “condición preexistente”), y el trabajo lo empeoró, es posible que la compensación para trabajadores no pague toda su factura porque el trabajo no causó el problema original. En este caso, el seguro de compensación para trabajadores puede acordar pagar sólo una parte de las facturas del médico o del hospital. Usted y el seguro de compensación para trabajadores pueden acordar compartir el costo de su factura. Si Medicare cubre el tratamiento de su afección preexistente, entonces Medicare puede pagar su parte de las facturas del médico o del hospital que no cubre la compensación para trabajadores.

## Medicare y compensación para trabajadores (continuación)

### ¿Cómo se reembolsa a Medicare el pago condicional?

Si Medicare realiza un pago condicional y usted o su abogado no han informado su reclamo de compensación al trabajador a Medicare, llame al Contratista de Coordinación de beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) sin cargo al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627. El BCRC trabajará en su caso utilizando información suya o de su representante, para asegurarse de que Medicare reciba el reembolso de los pagos condicionales.

El BCRC recopilará información sobre los pagos condicionales que hizo Medicare en relación con su reclamo de compensación para trabajadores. Si obtiene un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago, usted o su abogado deben llamar al BCRC. El BCRC calculará la cantidad del reembolso (si lo hubiera) en su caso y emitirá una carta solicitando el reembolso.

Usted o su abogado deben comunicarse con el BCRC si tiene un reclamo pendiente de beneficios de compensación para trabajadores y luego comunicarse con el BCRC nuevamente si su reclamo se resuelve, es abandonado o descartado.

### **Mi reclamo de compensación para el trabajador se está preparando para llegar a un acuerdo. ¿Cuándo y por qué necesitaría un Acuerdo de reserva de Medicare de compensación para trabajadores (WCMSA)?**

Si resuelve su reclamo de compensación para trabajadores y tiene dinero en un Acuerdo de reserva de Medicare de compensación para trabajadores, debe usar el dinero del acuerdo para pagar la atención médica relacionada antes de que Medicare comience nuevamente a pagar la atención relacionada. En muchos casos, la agencia de compensación para trabajadores se comunica con Medicare antes de llegar a un acuerdo para pedirle a Medicare que apruebe una cantidad que se reservará para pagar la atención médica futura. Medicare examinará cierta documentación médica y aprobará una cantidad de dinero del acuerdo que debe utilizarse primero antes de que Medicare comience a pagar la atención relacionada que, de otro modo, está cubierta y reembolsable por Medicare.

Usted y la agencia de compensación para trabajadores no están obligados a establecer un WCMSA; es completamente voluntario. Sin embargo, si configura un WCMSA, debe asegurarse de que el dinero del acuerdo se utilice sólo para la atención médica relacionada.

Si prefiere solicitar la aprobación de una cantidad propuesta de WCMSA usted mismo o si desea obtener más información sobre WCMSA, visite [go.cms.gov/wcmsa](http://go.cms.gov/wcmsa).

## Medicare y compensación para trabajadores (continuación)

### ¿Qué sucede si tengo una cantidad WCMSA aprobada por Medicare? ¿Cómo puedo usar el dinero si administro la cuenta yo mismo?

Tenga esto en cuenta si administra su cuenta WCMSA:

- El dinero colocado en su WCMSA es para pagar gastos médicos futuros, incluidos los gastos de medicamentos recetados relacionados con su lesión o enfermedad laboral que, de otro modo, hubiera sido pagado por Medicare.

También debe usar los fondos de WCMSA para pagar estos servicios y artículos médicos, así como los gastos de medicamentos recetados, si está inscrito en un plan Medicare Advantage (Parte C), un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que contrata con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B (la mayoría de los planes Medicare Advantage también ofrecen cobertura de medicamentos recetados).

Los planes Medicare Advantage incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos, planes privados de pago por servicio, planes para necesidades especiales y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, la mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan con Medicare Original.

- No puede utilizar WCMSA para pagar cualquier otra lesión laboral, o cualquier artículo o servicio médico que Medicare no cubra (como servicios dentales).
- Medicare no pagará ningún gasto médico relacionado con la lesión hasta que haya utilizado todo el dinero reservado de manera adecuada.
- Si no está seguro de qué tipo de servicios cubre Medicare, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información, antes de usar el dinero que se colocó en su cuenta WCMSA. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Mantenga registros de sus gastos médicos relacionados con la compensación de trabajadores, incluidos los gastos de medicamentos recetados. Estos registros muestran qué artículos y servicios recibió y cuánto dinero gastó en su lesión, enfermedad o dolencia relacionada con el trabajo. Necesita estos registros para demostrar que utilizó su dinero de WCMSA para pagar los gastos médicos relacionados con la compensación de trabajadores, incluidos los gastos de medicamentos recetados.
- Después de usar todo su dinero de WCMSA de manera adecuada, Medicare puede comenzar a pagar los artículos y servicios cubiertos por Medicare y reembolsables relacionados con su reclamo de compensación para trabajadores.

Para saber cómo administrar (auto administrar) su WCMSA, visite [go.cms.gov/WCMSASelfAdm](https://go.cms.gov/WCMSASelfAdm).

## Beneficios de Medicare y Beneficios para Veteranos

### Tengo beneficios de Medicare y para veteranos. ¿Quién paga primero?

Si tiene o puede obtener beneficios de Medicare y Beneficios para Veteranos, puede recibir tratamiento en cualquiera de los dos programas. Cuando recibe atención médica, debe elegir qué beneficios utilizar cada vez que consulte a un médico o reciba atención médica. Medicare no puede pagar por el mismo servicio que estaba cubierto por los beneficios para veteranos, y sus beneficios para veteranos no pueden pagar por el mismo servicio que estaba cubierto por Medicare. Además, Medicare nunca es el pagador secundario después del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA).

**Nota:** Para que VA pague los servicios, debe ir a una instalación de VA o hacer que VA autorice los servicios en una instalación que no pertenece a VA.

### ¿Existen situaciones en las que tanto Medicare como VA puedan pagar?

Si. Si VA autoriza servicios en un hospital que no pertenece a VA, pero no autorizó todos los servicios que recibe durante su estadía en el hospital, entonces Medicare puede pagar por los servicios cubiertos por Medicare que VA no autorizó.

**Ejemplo:** Bob, un veterano, va a un hospital que no pertenece a VA para recibir un servicio autorizado por VA. Mientras está en el hospital que no pertenece a VA, Bob recibe otros servicios no autorizados por VA que el VA no pagará. Algunos de estos servicios son servicios cubiertos por Medicare. Medicare puede pagar algunos de los servicios no autorizados por VA que recibió Bob. Bob tendrá que pagar los servicios que Medicare o VA no cubren.

Si el médico lo **acepta** como paciente y factura al VA por los servicios, el médico debe aceptar el pago del VA como pago total. El médico no puede facturarle a usted ni a Medicare por estos servicios.

Si su médico **no acepta** la tarjeta de identificación de pago, deberá presentar una reclamación ante el VA usted mismo. El VA le pagará la cantidad aprobada a usted o a su médico.

### ¿Dónde puedo obtener más información sobre los beneficios para veteranos?

Visite VA.gov, llame a su oficina local de VA o llame al número de información nacional de VA al 1-800-827-1000. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-829-4833.

## Medicare y TRICARE

### ¿Qué es TRICARE?

TRICARE es un programa de atención médica para miembros de los servicios uniformados en servicio activo, jubilados y sus familias que incluye:

- TRICARE Prime
- TRICARE Extra
- TRICARE Standard
- TRICARE for Life (TFL)

TFL brinda cobertura médica ampliada a los jubilados de servicios uniformados elegibles para Medicare de 65 años o más, a sus familiares y sobrevivientes elegibles, y a ciertos ex cónyuges. Debe tener la Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B de Medicare (Seguro médico) para obtener los beneficios de TFL.

### ¿Puedo tener tanto Medicare como TRICARE?

Algunas personas pueden tener tanto Medicare como otros tipos de TRICARE, que incluyen:

- Dependientes de miembros en servicio activo que tienen Medicare por cualquier motivo.
- Personas menores de 65 años con la Parte A debido a una incapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés) y con la Parte B.
- Personas de 65 años o más que pueden obtener la Parte A y que se unen a la Parte B.

### Tengo Medicare y TRICARE. ¿Quién paga primero?

Si está en servicio activo, TRICARE paga primero por los servicios cubiertos por Medicare. TRICARE pagará los montos del deducible y coseguro de Medicare y por cualquier servicio no cubierto por Medicare que cubra TRICARE. Si no está en servicio activo, Medicare paga primero. TRICARE puede pagar en segundo lugar si tiene la cobertura de TRICARE For Life. Usted paga los costos de los servicios que Medicare o TRICARE no cubre.

### ¿Quién paga si recibo servicios de un hospital militar?

Si recibe servicios de un hospital militar o de cualquier otro proveedor de atención médica federal, TRICARE pagará las facturas. Medicare generalmente no paga por los servicios que recibe de un proveedor de atención médica federal u otra agencia federal.

### ¿Dónde puedo obtener más información?

- Visite [Tricare.mil/tfl](http://Tricare.mil/tfl).
- Llame al consejero de beneficios médicos de un hospital o clínica militar.
- Llame a TRICARE For Life al 1-866-773-0404.

## Medicare y el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro

### Tengo Medicare y cobertura bajo el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro. ¿Quién paga primero?

El Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro paga primero por cualquier atención médica para la enfermedad del pulmón negro cubierta por ese programa. Medicare no pagará los servicios médicos u hospitalarios cubiertos por el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro. Su médico u otro proveedor de atención médica debe enviar todas las facturas por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad del pulmón negro a:

Federal Black Lung Program  
P.O. Box 8302  
London, Kentucky 40742-8302

Para todos los demás servicios de atención médica **no** relacionados con la enfermedad del pulmón negro, Medicare paga primero y su médico o proveedor de atención médica debe enviar sus facturas directamente a Medicare.

### ¿Qué pasa si el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro no paga mi factura?

Pídale a su médico u a otro proveedor de atención médica que le envíe la factura a Medicare. Pídeles que incluyan una copia de la carta del Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro que dice por qué no pagará su factura.

### ¿Dónde puedo obtener más información?

Llame al 1-800-638-7072 si tiene preguntas sobre el Programa Federal de Beneficios para el Pulmón Negro. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, llame gratis al Contratista de Coordinación de beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.

## Medicare y COBRA

### ¿Qué es COBRA?

COBRA es una ley federal que puede permitirle mantener temporalmente la cobertura de salud de su empleador o sindicato después de que finalice el empleo o después de que pierda la cobertura como dependiente del empleado cubierto. Esto se denomina “continuación de cobertura”.

En general, COBRA sólo se aplica a empleadores con 20 o más empleados. Sin embargo, algunas leyes estatales requieren que las compañías de seguros que cubren a empleadores con menos de 20 empleados le permitan mantener su cobertura por un período de tiempo.

## Medicare y COBRA (continuación)

### Tengo la continuación de la cobertura de Medicare y COBRA. ¿Quién paga primero?

Si tiene Medicare porque tiene 65 años o más o porque tiene una incapacidad distinta a la Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés), Medicare paga primero.

Si tiene Medicare debido a una ESRD, la continuidad de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) paga en primer lugar. Medicare paga en segundo término en la medida en que la cobertura de COBRA se superponga los primeros 30 meses de la elegibilidad de Medicare o derechos en base a ESRD.

Puede ser una decisión muy complicada decidir si debe elegir la cobertura COBRA y cuándo. Cuando pierde la cobertura de su empleador y tiene Medicare, debe conocer su período de elección de COBRA, su Período de Inscripción a la Parte B y su Período de Inscripción Abierta de Medigap. Todos estos pueden tener diferentes fechas límite que se superponen, así que tenga en cuenta que lo que decida sobre un tipo de cobertura (COBRA, Parte B y Medigap) puede hacer que pierda los derechos bajo uno de los otros tipos de cobertura.

### ¿Dónde puedo obtener más información sobre COBRA?

- Antes de elegir la cobertura COBRA, puede hablar con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) sobre la Parte B y el Seguro Complementario de Medicare (Medigap). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al administrador de beneficios de su empleador si tiene preguntas sobre sus opciones específicas de COBRA.
- Si tiene preguntas sobre Medicare y COBRA, llame gratis al Contratista de Coordinación de beneficios y Centro de Recuperación (BCRC) al 1-855-798-2627. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-797-2627.
- Si su cobertura del plan de salud grupal era de un empleador privado (no es un empleador del gobierno), visite el Departamento de Trabajo en [dol.gov](https://www.dol.gov), o llame al 1-866-444-3272.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal fue de un empleador del gobierno estatal o local, llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-877-267-2323, extensión 61565.
- Si su cobertura fue con el gobierno federal, visite la Oficina de Administración de Personal en [opm.gov](https://www.opm.gov).

## Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Para ayudar a garantizar que las personas incapacitadas tengan la misma oportunidad de participar en nuestros servicios, actividades, programas y otros beneficios, proporcionamos comunicaciones en formatos accesibles. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) brindan ayuda y servicios auxiliares, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en Braille, letra grande, CD de datos/ audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

**1. Llamar:**

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

**2. Envíenos un correo electrónico:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

**3. Envíenos un fax:** 1-844-530-3676

**4. Enviar una carta a:**

Centros de servicios de Medicare y Medicaid Oficinas de audiencias e consultas (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25

Baltimore, MD 21244-1850

Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales.

Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

**Nota:** Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal o local de Medicaid.

## Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos,

**1. En línea:**

[hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).

**2. Por teléfono:**

Llame al 1-800-368-1019. TTY puede llamar al 1-800-537-7697.

**3. Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

## Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

7500 Security Blvd.  
Baltimore, Maryland 21244-1850

---

Asunto Oficial  
Penalidad por uso privado, \$300

Producto CMS No. 02179  
Revisado en agosto de 2020

- Medicare.gov
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- TTY: 1-877-486-2048

¿Necesita usted una copia en español?

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

